**Журнал контроля исправности технологического оборудования**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Дата** | **Наименование оборудования** | **Температура внутриоборудования** | **Ф.И.О., должность ответственного лица** | **Подписьответственноголица** | **Примечание/ корректирующие действия**  |
| *1* | *12.04.04* | *Среднетемпературныйхолодильник* | *15 0С* | *Попрограммепроизводственногоконтроля* | *Попрограммепроизводственногоконтроля* | *Рекомендации по ремонту и т.д (обращение.* |

**Отчет контроля работы холодильного оборудования**

|  |  |
| --- | --- |
| Месяц: |   |
| **Температура холодильников/охлаждаемой витрины – РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ИЗМЕРЕНИЯ 2 РАЗА В ДЕНЬ** **Температура морозильных камер – РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ИЗМЕРЕНИЯ 1 РАЗ В ДЕНЬ**   |
| **№ оборуд** |   |   |   |   |   | **Корректирующие действия** | **Подпись**  |
| **Дата**  | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM |
| 1 |  a |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |  a |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |  aa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 30 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 31 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**Укажите параметры температуры здесь**

**Журнал входного контроля качества поступающего сырья и пищевых продуктов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Датазаказа** | **Поставщик** | **Заказываемыйассортимент** | **Кол-во** | **Отказы** | **Датапоставки** | **Полученныйассортимент** | **Подписьполучившего/ примечание** |
| *1* | *Дата* | *Названиефирмы* | *Переченьпродуктов и товаров* | *Заказываемоекол-во* | *По каким пунктам было отказано при заказе на фирму* | *Дата прихода товара на склад* | *Пришедшийтовар + количество* | *Подпись, комментарии по поставке товара:**- что не довезли,* *- что привезли плохого качества, и было отправлено обратно**- каких не было сертификатов и т.д.* |

**Лист регистрации температуры доставки замороженных и скоропортящихся продуктов**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименованиепоставщика** | **Переченьзаказываемыхпродуктов** | **Датаприхода** | **Температурадоставкивнутрикузова** | **Примечание** |
| *1* | *Названиефирмы* | *Продукты, заказываемые на данной фирме* | *Датаприхода* | *Температура* | *Комментарии по температуре доставки продуктов:**Соблюдение/не соблюдение температурного режима доставки продуктов* |

**Журнал контроля температурного режима и влажности на складе**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Дата****проверки** | **Наименование****помещения** | **Температуравоздухавнутри****помещения** | **Относительнаявлажность** | **Ф.И.О., должность ответственного лица** | **Подписьответственноголица** | **Примечание** |
| *1* | *12.03.04* | *Сухойсклад* | *230С* | *75%* | *Попрограммепроизводственногоконтроля* | *Попрограммепроизводственногоконтроля* | *Рекомендациипоустранениюнеисправностей* |

**А. Технологическая карта**

****

**В. Технико-технологическая карта**

****

****

**Журнал учёта использования фритюрных жиров**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата (час) начала исользования жира** | **Видфритюрногожира** | **Органолептическая оценка качества жира на начало жарки** | **Типжарочногооборудования** | **Видпродукции** | **Времяокончанияфритюрнойжарки** | **Органолнптическая оценка качества жира по окончанию жарки** | **Использованиеоставшегосяжира** | **Должность, Ф.И.О. контролера** |
|  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**Журнал производственного контроля (бракеражный)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Дата, времяизготовленияпродукта** | **Наименованиепродукции, блюда** | **Органолептическая оценка, включая оценку степени готовности блюда** | **Разрешение к реализации (время)** | **Ответственный исполнитель****(Ф.И.О., должность)** | **Ф.И.О. лица, проводившего бракераж** | **Примечание** |
| *1* | *20.05.04* | *БлюдаГлавнойкухни, 18 наименований* | *Доброкачественное/недоброкачественное* | *10:00* | *Повар, которыйготовилблюдо* | *Зам. директора по кухне/ зав. производством* | *Причинасписания* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Планируемая дата проведения** | **Фактическая дата проведения** | **Наименование дезинфицирующего и моющего средства, концентрация** | **Ф.И.О. проводившего уборку** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |  |

**Журнал учёта проведения генеральных уборок**

**Журнал контроля санитарно-технического состояния помещений**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Наименованиепомещения** | **Контроль сан.- техн. состояния осветительных приборов** | **Контроль сан.-техн. состояния вентиляционных систем** | **Эффективность работы общей и местной вентиляции** | **Контроль сан.-техн. состояния****холодильного****оборудования** | **Контроль****Санитарно-технического состояния****теплового технологического****оборудования** | **Контроль санитарно-технического состояния водопрово-да и канализа-ции** | **Санитарно-техническое состояние покрытий стен, потолка, пола** | **Примечание** | **Ответственный исполнитель****Подпись** |
| *12.02.04* | *Кухня* | *- наличие плафонов,**- грязные,**- чистые,**- перегоревшие* | *Грязные / чистые* | *Температура в помещении,**Посторонние запахи**Да/нет* | *Чистота**Дно холодильника без ржавчины* | *Температурныйрежим**Чисто/грязно* | *Подтекания**Протечки**Битое**Засоры**Чистота трапов**Отсутствиезапахов* | *Плесень**Состояние плитки**Потеки**Состояние навесного потолка* |  | *ПопрограммеПроизводственногоконтроля* |
|  | *Склад* |
|  | *Коридор* |
|  | *Торговыйза* |

**Образец личной медицинской книжки**



**Плакат - правила обработки рук**

**Журнал гнойничковых заболеваний**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О.** | **Место работы, профессия** | **Месяц/дни: апрель** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **…** | **30** |
| 1 | *Иванов И.И.* | *повар* | *ЗД* | *ЗД* | *Б/Л* | *Б/Л* | *Б/Л* | *В* | *ОТ* |
| 2 | *Петров П.П.* | *бармен* | *ОТ* | *ОТ* | *ЗД* | *ЗД* | *Б/Л* | *В* | *В* |
| 3 | … | .. |  |  |  |  |  |  |  |

Условные обозначения:

ЗД – здоров

ОТ – отстранен от работы

ОТП – отпуск

В – выходной

Б/Л- больничный лист

**Журнал контроля за состоянием здоровья (допуск к работе)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О.** | **Месяц/дни: апрель** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **…** | **30** |
|  |  | Отметка об отсутствии острых кишечных заболеваний/ отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей |
| 1 | *Иванов И.И.*  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | *Петров П.П.* |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Допуск к работе (подпись ответственного) |  |  |  |  |  |  |  |

**Опросный лист**

**«Возвращение к исполнению служебных обязанностей после перерыва в работе»**

**Часть 1**(заполняется самим работником по возвращению к выполнению служебных обязанностей после длительного перерыва в работе)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О.**  |   | **Дата выхода**  |   |

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы.

**За время вашего отсутствия на рабочем месте отмечались ли у вас или членов семьи следующие симптомы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пожалуйста, отметьте в соответствующей ячейке  | **ДА** | **НЕТ** | **ДАТА** |
| (a) Боли в животе, понос  |   |   |   |
| (b) Тошнота,рвота |   |   |   |
| (c) Выделения из носа, ушей, кровоточивость десен или появление отделяемого из горла  |   |   |   |
| (d) Заболевания горла, сопровождающиеся повышением температуры тела |   |   |   |
| (e) Периодические расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта  |   |   |   |
| (f) Повторяющиеся высыпания, покраснения на коже или заболевания кожи  |   |   |   |
| (g) Любые другиеболезни, которые могут представлять риск длябезопасности пищевых продуктов? |   |   |   |
| **Принимали ли Вы какие-либо лекарства дляборьбы сдиареей илирвотой?**Выберите верное утверждение  |  | **ДА** |   | **НЕТ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Подпись работника**  |   | **Дата заполнения** |   |

**Часть 2**(Заполняется лицом, ответственным за допуск сотрудника к работе)

Если ответы на все вышеперечисленные вопросы отмечены как «НЕТ», сотрудник может быть допущен к выполнению своих трудовых обязанностей **(Заполните и подпишите форму ниже)**

Если же ответ на один или несколько вопросов отмечен как «ДА», сотрудник не может допускаться к работам, связанным с непосредственным контактом с пищевыми продуктами (приготовление блюд, раздача и др) до предоставления врачебного заключения о состоянии его здоровья или до истечения 48 часов с момента исчезновения имеющихся симптомов. **(см. Часть 3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Настоящим я подтверждаю, что** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | **может возвращаться к выполнению служебных обязанностей без каких-либо ограничений.**  |
| **Подпись допускающего лица**  |  | **Дата**  |

**Часть 3**(заполняется лицом, ответственным за допуск сотрудника к работе после медицинского обследования и заключения)

|  |  |
| --- | --- |
| **Какие меры в отношении сотрудника были предприняты?** | отметьте верное  |
| (a) Отстранение от работы для обследования, лечения и получения медицинского заключения  |   |
| (b) Перевод на другие безопасные виды работ |   |
| (c) Возврат к своим непосредственным обязанностям  |  |

Если вы выбрали (a) или (b), необходимые действия должны быть предприняты. Если вы выбрали (c), сотрудник может приступать к своим обязанностям незамедлительно.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Настоящим я подтверждаю, что** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | **может возвращаться к выполнению служебных обязанностей без каких-либо ограничений.**  |
| **Подпись допускающего лица**  |  | **Дата**  |



**БЛАНК ОПРОСА ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ**

**Ф.И.О. пострадавшего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Контактные данные (адрес, номер телефона, е-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Симптомы** (например, рвота, понос, тошнота, колики или другое)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Где питался в течение последних двух суток** | **Все напитки и пища, которые употреблялись в пищу** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Комментарии**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Сообщалось ли о случае отравления в санитарно-эпидемиологическую службу**

**да/ нет**

**Сообщил:**

**Ф.И.О. , должность, место работы**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Контактные данные (адрес, номер телефона, е-mail)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата, время**